

【看護師体験】

看護師体験に参加していただくにあたり、健康チェックをお願いします。当日、参加施設の担当者にお渡しください

健康状態観察票

氏名 _____

参加日から遡り、7日間の体調管理を表に記入してください。

月日（曜日）	体温	症状（番号）
/ ()	℃	無 ・ 有 ()
/ ()	℃	無 ・ 有 ()
/ ()	℃	無 ・ 有 ()
/ ()	℃	無 ・ 有 ()
/ ()	℃	無 ・ 有 ()
/ ()	℃	無 ・ 有 ()
/ ()	℃	無 ・ 有 ()

症状ありの場合は、症状の番号を記入してください

- 1 37.5℃以上の発熱または平熱比1℃超過
- 2 風邪症状（咳、痰、のどの痛み、鼻水、頭痛）
- 3 消化器症状（腹痛、下痢、嘔吐）
- 4 だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）
- 5 嗅覚や味覚の異常
- 6 体が重く感じる、疲れやすい等
- 7 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる